flash GRIPPE

volume 4 / numéro 6

Le vendredi 14 mars 2014

L'ACTIVITÉ GRIPPALE EST À LA BAISSE AU QUÉBEC

FAITS SAILLANTS

QUÉBEC

Indice d'activité grippale : modéré, avec une tendance à la baisse

Pour la semaine se terminant le 8 mars 2014 (CDC 10) :

- Le pourcentage des appels à Info-Santé pour un syndrome d'allure grippale (SAG)[1] est de 1,0 % (n = 376) ; il est à la baisse et il se situe dans les valeurs attendues depuis deux semaines.
- Le pourcentage des consultations pour un SAG dans les urgences du Québec est de 5,1 % (n = 3647) et est lui aussi à la baisse.
- Le pourcentage des tests positifs pour l'influenza atteint 13 % et est à la baisse (voir le graphique 1) :
  - 130 cas de grippe A et 176 cas de grippe B ont été détectés par les laboratoires sentinelles.
- Le pourcentage des tests positifs pour le virus respiratoire syncytial (VRS) est de 15 % et est stable (voir le graphique 2).
- Le nombre d'éclosions de grippe dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) rapportées par les directions de santé publique est de deux ; l'une est attribuable à l'influenza A, l'autre à l'influenza B.

Du 25 août 2013 au 8 mars 2014, 5310 cas de grippe A et 1418 cas de grippe B ont été identifiés par les laboratoires sentinelles. Parmi les cas de grippe A, le sous-type de 668 souches (12 %) a été déterminé ; 665 sont de sous-type A (H1N1) et 3, de sous-type A (H3N2). La grippe A(H1N1) demeure donc la souche prédominante cette saison.

Au Québec, bien que le nombre de cas de grippe A le plus élevé s'observe chez les 20-49 ans (32 % des cas), le taux d'incidence le plus élevé concerne les enfants âgés de moins de 2 ans, suivis par ceux de 2 à 4 ans[2]. Il semble que les personnes âgées de 70 ans et plus risquent moins de contracter la grippe A (H1N1) que la grippe A (H3N2) ou la grippe B. Par ailleurs, peu d'éclosions de grippe A survenues dans les CHSLD ont été rapportées pour la saison en cours (n = 28), par comparaison aux totaux d'éclosions d'influenza A des trois dernières saisons (144 en 2010-2011, 35 en 2011-2012 et 2247 en 2012-2013).

Projet d'étude de la morbidité hospitalière au Québec[3]

Du 8 janvier au 1er mars 2014, les centres hospitaliers qui participent au projet d'étude de la morbidité hospitalière au Québec ont rapporté 153 cas de grippe A (H1N1) parmi 626 patients hospitalisés ayant un SAG (24 %). La plus forte proportion de cas de grippe A (H1N1) s'observent chez les 45-54 ans, 47 % des prélèvements faits sur les patients de ce groupe d'âge s'étant révélés positifs. Pour ces 153 cas, on note six admissions aux soins intensifs (SI) et deux décès. Les admissions aux SI concernent des patients âgés de 18 à 44 ans (n = 1), de 45 à 54 ans (n = 1), de 55 à 64 ans (n = 1) et de 65 à 74 ans (n = 3), alors que les deux patients étant décédés faisaient partie du groupe d'âge des 65 à 74 ans.

Au cours des huit semaines du pic de la saison 2012-2013, 8 % des cas de grippe hospitalisés ont été admis aux SI et 3,8 % sont décédés. Les proportions étaient de 13 % et de 1,6 %, respectivement, au cours des dix semaines du pic de la saison précédente (2011-2012)[4].

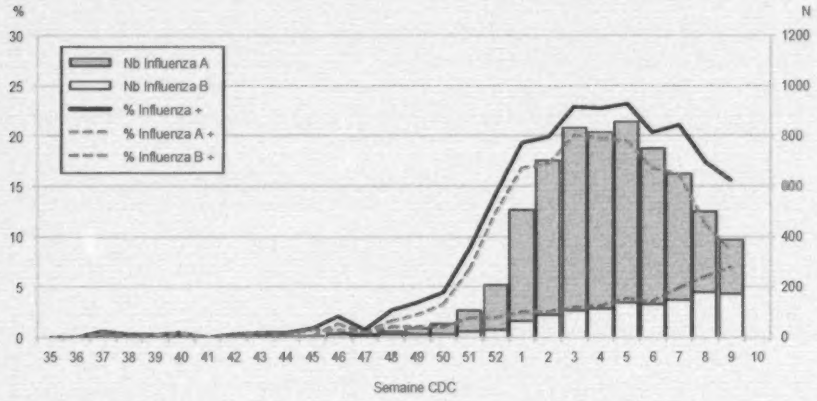
1. Le syndrome d'allure grippale (SAG) peut être attribuable à d'autres virus respiratoires qu'à celui de l'influenza.
2. Selon les données des laboratoires sentinelles.
3. Ce projet repose sur la participation de quatre centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) où les populations pédiatrique et adulte sont traitées.
4. Les données sur les admissions aux soins intensifs et les décès concernent les patients pour lesquels l'information est disponible.

Contexte

La surveillance de la grippe saisonnière et des autres virus respiratoires repose sur la surveillance virologique assurée par le réseau des laboratoires sentinelles, la surveillance des SAG (d'après les appels au service Info-Santé et les consultations dans les urgences, auprès des groupes de médecine de famille sentinelles et dans les centres de santé des régions nordiques), la surveillance des éclosions dans les CHSLD, la surveillance des admissions pédiatriques ainsi que la surveillance des pneumonies et de l'influenza dans les centres hospitaliers du Québec.

GRAPHIQUE 1

Nombre et pourcentage de tests positifs pour l'influenza rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, saison 2013-2014



Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 11 mars 2014.

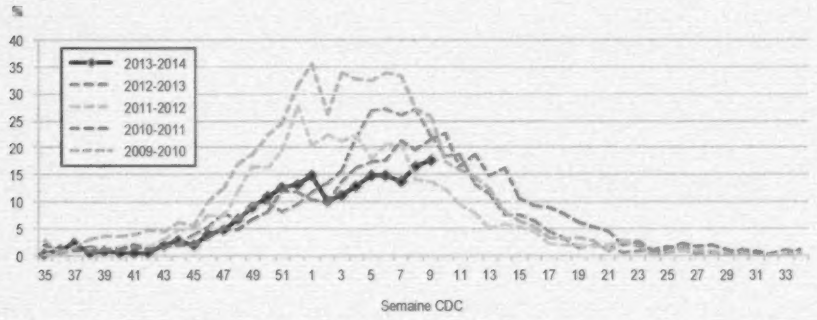
L'activité grippale est modérée, avec une tendance à la baisse.

Pour la semaine se terminant le 8 mars (CDC 10), 306 cas d'influenza – soit 130 de type A et 176 de type B – ont été identifiés (13 % de tests positifs).

Globalement, le nombre de cas de grippe est à la baisse.

GRAPHIQUE 2

Pourcentage des tests positifs pour le VRS rapporté par les laboratoires sentinelles du Québec,saisons 2009-2010 à 2013-2014



Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 11 mars 2014.

Le pourcentage des tests positifs pour le VRS est à la baisse au Québec. Le pic de ce pourcentage est le plus faible depuis les douze dernières années.

Note : Seules les quatre saisons précédentes et la saison en cours sont représentées ici.

ACTIVITÉ GRIPPALE AU CANADA

Au Canada, l'activité grippale est demeurée à la baisse au cours de la semaine se terminant le 1er mars. L'influenza A(H1N1) demeure le sous-type prédominant, représentant 88 % des sous-types d'influenza A identifiés au cours de cette semaine. Du 25 août 2013 au 1er mars 2014, 542 hospitalisations pédiatriques ont été rapportées par le réseau IMPACT ; 496 étaient attribuables à l'influenza A et 46, à l'influenza B. Les trois quarts (75 %) des hospitalisations attribuables à l'influenza A concernent des enfants de moins de 5 ans et près de la moitié, des enfants de moins de 2 ans. Parmi les 542 hospitalisations pédiatriques, 79 admissions aux soins intensifs ont été rapportées (15 %).

Enfin, mentionnons que la plupart des souches grippales circulant au Canada sont analogues aux composantes vaccinales. En date du 6 mars, le Laboratoire national de microbiologie, situé à Winnipeg, en a caractérisé 1 248 (dont 331 provenant du Québec). Toutes les souches d'influenza A (H1N1 et H3N2) et 92 % des souches d'influenza B sont analogues aux souches du vaccin antigrippal 2013-2014.

LE VACCIN ANTIGRIPPAL PRÉVIENT 58 % DES HOSPITALISATIONS LIÉES À LA GRIPPE

Selon une récente étude, le vaccin antigrippal confère une protection modérée mais cliniquement et statistiquement significative permettant de prévenir près de 60 % des hospitalisations liées à la grippe[5]. Les résultats de cette étude montrent aussi certains changements épidémiologiques parmi les patients hospitalisés ayant la grippe A(H1N1) comparativement à la situation observée lors de la pandémie de 2009. Parmi ces changements, citons l'augmentation de l'âge médian des patients, l'augmentation de la proportion des patients ayant une condition médicale sous-jacente et la diminution de la proportion des admissions aux soins intensifs (29 % vs 19 %).

La majorité des patients admis aux soins intensifs avaient au moins une condition sous-jacente (85 %) augmentant le risque de complications associées à l'influenza. Bien que la vaccination soit gratuite pour ces personnes, seulement 34 % d'entre elles avaient reçu le vaccin antigrippal.

Ces données proviennent du réseau PCIRN-SOS (Public Health Agency of Canada/ Canadian Institutes of Health Research Influenza Research Network – Serious Outcomes Surveillance), qui conduit une surveillance active auprès des patients âgés de 16 ans et plus, hospitalisés pour l'influenza dans les hôpitaux sentinelles de sept provinces canadiennes dont fait partie le Québec.

Une étude publiée précédemment avait montré que le même vaccin conférait une protection substantielle (74 %) réduisant des trois quarts le risque de consultation ambulatoire pour une grippe A(H1N1)[6].

5. S.A. McNeil *et al.*, « Interim estimates of 2013/14 influenza clinical severity and vaccine effectiveness in the prevention of laboratory-confirmed influenza-related hospitalisation, Canada, February 2014 », *Eurosurveillance*, vol. 19, n° 9, 6 mars 2014, [En ligne], [www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20729].

6. D. Skowronski *et al.*, « Interim estimates of 2013/14 vaccine effectiveness against influenza A(H1N1) pdm09 from Canada's sentinel surveillance network, January 2014 », *Eurosurveillance*, vol. 19, n° 5, 6 février 2014, [En ligne], [www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20690].

L'INFLUENZA A(H7N9): LE PIC DE LA DEUXIÈME VAGUE DE CAS SERAIT PASSÉ EN CHINE

En date du 11 mars, 388 cas d'infections humaines causées par le virus H7N9, dont 121 décès, ont été rapportés à l'OMS (voir le graphique 3). Globalement, la létalité associée à ce virus se situe à près de 30 %. Ces cas ont tous été rapportés par la Chine, à l'exception de 3 qui concernent des personnes ayant voyagé en Chine et qui ont été rapportés par les autorités de Taïwan ($n = 2$) et de la Malaisie ($n = 1$). Le nombre de cas semble avoir diminué au cours des dernières semaines, suggérant que le pic de la deuxième vague ait pu survenir en janvier 2014. Au cours du mois de janvier, 170 cas ont débuté leurs symptômes, alors que jusqu'à maintenant, 59 cas ont débuté leurs symptômes en février.

Bien que quelques cas d'infections bénignes aient été rapportés, principalement chez des enfants, la plupart des cas ont présenté une maladie respiratoire sévère ayant progressé rapidement vers une pneumonie ou une détresse respiratoire.

L'OMS recommande aux voyageurs visitant des pays où des éclosions de grippe aviaire sont rapportées[7] d'éviter :

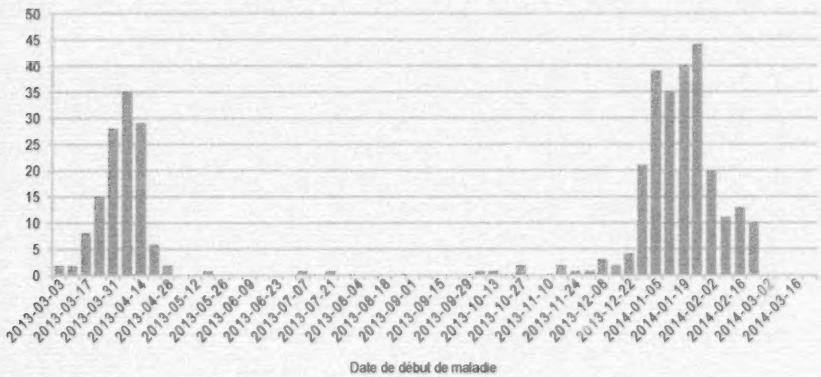
- les fermes avicoles et les contacts avec des animaux présents dans les marchés de volailles vivantes ;
- les endroits où s'effectue l'abattage des volailles ;
- les endroits qui semblent contaminés par les fèces de volailles ou d'autres animaux.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) considère que le risque, pour un Canadien, de contracter l'infection est faible.

Au Québec, les recommandations relatives à la surveillance et à la gestion des cas et des contacts de maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) ont été formulées au cours de l'été 2013[8].

GRAPHIQUE 3

Nombre de cas humains de grippe A (H7N9) confirmés, rapportés hebdomadairement à l'OMS depuis 2013



Note : Les cas dont la date du début de la maladie n'est pas connue sont répartis selon la date de la consultation médicale, de l'hospitalisation ou de la déclaration à l'OMS, d'après l'information disponible.

Source : Organisation mondiale de la santé, 11 mars 2014.

7. La liste des pays pour lesquels une vigilance est recommandée est présentée dans la veille épidémiologique, consultable à l'adresse Web suivante : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/.
8. Voir la section du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/.

Vaccination

Campagne de vaccination 2013-3014 : Fin de l'offre de vaccination systématique

Le pic d'influenza A étant passé, l'offre systématique de la vaccination à l'ensemble des personnes ciblées par le programme de vaccination contre l'influenza n'est plus recommandée pour la présente saison. Toutefois, afin de prévenir les complications de l'influenza B, cette recommandation est maintenue pour les personnes nouvellement admises dans un CHSLD qui n'auraient pas été vaccinées pendant la présente saison. Des doses de vaccins demeurent disponibles dans les régions pour répondre à la demande des personnes ciblées par le programme de vaccination gratuite ou pour des besoins particuliers (ex. : contrôle des éclosions d'influenza dans les établissements).

Vaccin trivalent contre la grippe saisonnière (prochaine saison, 2014-2015)

Le vaccin contre la grippe saisonnière qui sera offert pendant la prochaine campagne de vaccination (2014-2015) contiendra les souches analogues à A/California/07/2009 (H1N1), A/Texas/50/2012 (H3N2) et B/Massachusetts/2/2012, soit les mêmes souches que celles qui entrent dans la composition du vaccin antigrippal de la présente saison (2013-2014).

Vaccin quadrivalent contre la grippe saisonnière

Deux vaccins quadrivalents, comprenant 2 souches d'influenza A et 2 souches d'influenza B, ont été homologués le 6 février 2014. Au moins l'un de ces vaccins devrait être disponible pour la saison 2014-2015, mais aucun ne sera distribué dans le cadre du programme publique de vaccination.

Gestion des éclosions dans les milieux de soins

Des recommandations pour la prévention et le contrôle de la grippe saisonnière dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ont été formulées par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) en 2012. Elles sont consultables à partir du lien hypertexte suivant : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1391_MesuresPrevControleGrippeSaisonCHSGS.pdf.

Le guide portant sur les recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les CHSLD a été révisé en 2013 et il peut être obtenu auprès des directions de santé publique. Il est nécessaire de faire confirmer les éclosions de grippe par un test TAAN (ex. : RT-PCR) ; le LSPQ a fait une offre de service qui est consultable à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/lspq/services_laboratoire/analyses.asp?Page=3b&S=t&Lettre=I.

De plus, des précisions portant sur ces deux guides ont été apportées par le CINQ dans le document intitulé *Précisions sur la gestion d'une éclosion majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieux de soins*, consultable à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1727_PrecGestionEcloMajGrippeSaisonNosoMilieuxSoins.pdf.

Surveillance des effets indésirables des antiviraux

Le programme Canada Vigilance, de Santé Canada, permet de recueillir et d'évaluer les effets indésirables des produits de santé (produits pharmaceutiques, biologiques ou radiopharmaceutiques et produits de santé naturels) commercialisés au Canada. Les bureaux régionaux de Canada Vigilance recueillent les déclarations et les transmettent au bureau national de Canada Vigilance. Pour plus de renseignements : www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/report-declaration/index-fra.php.

Anticorps monoclonaux contre le virus respiratoire syncytial : palivizumab (Synagis^{MD})

Le virus respiratoire syncytial (VRS) circule au Québec, où l'on a identifié 15 % de tests positifs au cours de la semaine du 2 mars 2014. En ce qui concerne la prophylaxie des infections à VRS, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux recommande que le palivizumab soit utilisé en prophylaxie pour la prévention de la bronchiolite chez les enfants pour qui le risque de contracter cette infection est élevé, lorsque deux enfants ont été hospitalisés pour une infection à VRS (confirmée en laboratoire) dans la région, et cela deux semaines consécutives. Les enfants qui ont reçu cinq doses de palivizumab n'ont pas besoin de dose supplémentaire puisque les taux d'anticorps demeurent élevés pendant plusieurs semaines après la dernière dose.

Conseils de santé aux voyageurs

Les conseils de santé donnés aux voyageurs par l'Agence de la santé publique du Canada se trouvent à l'adresse suivante : www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/notices-avis/index-fra.php.

Prévention

Compte tenu de la circulation des virus respiratoires et du virus de l'influenza, l'application de l'étiquette respiratoire dans les salles d'attente et les mesures de prévention contre la transmission par contact et gouttelettes pour les cas de SAG doivent être renforcées dans tous les milieux de soins.

Pour plus de renseignements :

Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins – Avis scientifique, émis par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec en 2004 (www.inspq.qc.ca/publications).

Surveillance de la grippe saisonnière

OMS : www.who.int/influenza/fr/index.html

États-Unis : www.cdc.gov/flu/weekly/

Europe : www.euroflu.org

MSSS : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?surveillance

ASPC : www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-fra.php

INSPQ/LSPQ : www.inspq.qc.ca/influenza/surveillance-de-l-influenza

Surveillance de l'influenza aviaire et du MERS-CoV

OMS : www.who.int/csr/don/en

États-Unis : www.cdc.gov/flu/avianflu/h7n9-virus.htm

États-Unis : www.cdc.gov/coronavirus/mers/

ASPC : www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/index-fra.php

FAO : www.fao.org/avianflu/fr/index_fr.html

OIE : www.oie.int/fr/sante-animale-dans-le-monde/portail-web-sur-linfluenza-aviaire/

RÉDACTRICE : M^me^ Josée Dubuque

COLLABORATEURS : D^re^ Monique Landry, D^r^ Bruno Turmel et les membres suivants du Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza : D^r^ Hugues Charest et D^re^ Christine Lacroix.

Il est possible d'obtenir de l'information sur le *Flash grippe* en consultant le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : **www.msss.gouv.qc.ca/influenza**.

Les personnes qui veulent recevoir le *Flash grippe* par Internet peuvent s'inscrire à l'adresse suivante : **www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?abonnement**.

PROCHAINE PARUTION : LE 4 AVRIL 2014

Le bulletin *Flash grippe* est produit par le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza. Les données présentées reposent sur la surveillance réalisée par les laboratoires sentinelles, les centres de santé nordiques (régions sociosanitaires 17 et 18), le service Info-Santé et Info-Social, le Laboratoire de santé publique du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec et les directions régionales de santé publique.

13-294-16W © Gouvernement du Québec, 2014
ISSN 1927-782X

Santé et Services sociaux Québec